Beitrag

zur

Lehre von der Amentia cum stupore.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Aug. Poggemann
aus Emsdetten (Westf.)

KIEL.
Druck von Chr. Donath.
1912.

Beitrag

zur

Lehre von der Amentia cum stupore.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Aug. Poggemann
aus Emsdetten (Westf.)

KIEL.
Druck von Chr. Donath.
1912.

No. 28.
Rektoratsjahr 1912/13.

Referent: **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:
Heine, z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0176

Zur Lehre von der Amentia cum stupore.

Nach und nach hat sich in der neueren Psychiatrie eine Erkrankungsform herausgebildet, bei der es sich weniger um psychopathisch veranlagte Individuen mit eventuell stärkerer Belastung handelt, die Erschöpfungspsychose oder Amentia. Schwere körperliche Schädigung erzeugt diese Krankheitsform auch bei sonst rüstigem Gehirn.

Doch wird ihre Existenzberechtigkeit als Krankheitsbild sui generis noch lebhaft umstritten. So sagt Jahrmärker, er habe seine zuerst als Amentia angesprochenen Fälle ohne weiteres als Schübe einer kataton. Verblödung oder als Anfälle eines manisch-depressiven Irreseins erkennen müssen, zum wenigsten sei Amentia selten. Ebenderselben Meinung ist auch Kraepelin; unter 1500 Fällen habe er nur 6 Fälle, also nur $^1/_2$ %, reiner Amentia feststellen können. Er rechnet die Amentia mit den kataton. Symptomen des Negativismus, der Katalepsie und der Befehlsautomatie zu den Verblödungsprozessen, spez. zu Dem. praecox oder weist andere Fälle dem zirkulären oder kataton. Irresein zu. Binswanger stellt die Erschöpfungspsychosen mit den Erschöpfungsneurosen in eine Stufe und teilt sie je nach dem Ueberwiegen und Gruppieren einzelner Symptome in drei allerdings nicht scharf abgegrenzte Krankheitsbilder ein:

1. in die leichtere Form, den Erschöpfungsstupor und die schwerere Form, die akute heilbare Demenz;
2. in die Erschöpfungsamentia;
3. in das Delir. acut. exhaustivum.

Betreffs des Krankheitsbildes ist unter den Autoren bis jetzt noch keine Einheit erzielt worden; die einen ziehen den Begriff eng, die andern weit.

Beyer unterscheidet ein Prodromalstadium mit allgemeinen, nervösen Störungen und Klagen (Kopfweh, Mattigkeit, Reizbarkeit, labile Stimmung); die Kranken zeigen vorherrschend depressive Erscheinungen. Dieses Stadium dauere mehrere Monate, dann folge akut einsetzender Beginn der Psychose mit Verlust der Orientierung, mit Illusionen, verhältnismäßig wenigen Hallucinationen; dauernde, wenn auch nicht hochgradige Verwirrung der Wahrnehmung mit allmählichem Uebergang in Aufklärung. Die Krankheitsdauer bezeichnet er als kurz.

Raeke unterscheidet fünf von einander gut abgegrenzte Stadien im Verlauf der Krankheit.

1. Prodromalstadium, dessen Dauer wenige Tage betrage. In diesem Stadium zeige der Kranke allgemeine nervöse Beschwerden und gemütliche Reizbarkeit.

2. Ausbruch der eigentlichen Psychose: Plötzlich und stürmisch mit massenhaften Sinnestäuschungen meist elementarer Art (der Kranke höre Kanonendonner, Brausen etc.) mit schwerer Bewußtseinstrübung; Wahnvorstellungen im bunten Wechsel; der Kranke zeige zugleich die heftigste motorische Erregbarkeit, biete das Bild verschiedenartigst gefärbter Affekte, vorherrschend sei eine ängstliche Ratlosigkeit. Er zeige primäre Incohaerenz und Perseveration. Die tiefe Desorientiertheit würde im Anfang zeitweise von weitgehenden Remissionen mit Krankheitseinsicht unterbrochen.

3. Amphiboles Stadium: Die sich anbahnende Aufhellung wechselt noch mit Zeichen stärkerer Verwirrtheit und Unruhe ab; die Merkfähigkeit sei gering.

4. Stadium der Unzufriedenheit: Mit der langsamen Rückkehr des Orientierungsvermögens würde der Kranke reizbar und mißtrauisch; er dränge fort, zeige keine Krankheitseinsicht. Zuweilen könne man von einem paranoischen Zustande sprechen.

5. Stadium der Rekonvaleszenz: Die Orientierung ist völlig wiederhergestellt; Krankheitseinsicht tritt ein und es zeigt sich eine Korrektur der Wahnvorstellungen. Zugleich ändert der Kranke sein Verhalten gegen die Umgebung; während er sonst mißtrauisch und ängstlich war, wird er jetzt dankbar und freundlich. Die Rückerinnerung an die Krankheit

selbst bleibt sehr lückenhaft, zeitweise treten noch Beeinträchtigungsideen auf. Das psychische und sonst körperliche Verhalten zeigt noch gewisse Schwächezustände. Die Kranken klagen über Schwindel beim Bücken, Kopfschmerzen, fangen leicht und bei geringen Anlässen an zu weinen, geringe körperliche Arbeit ermüdet sie leicht, der Schlaf ist schlecht. Das Körpergewicht hebt sich aber beträchtlich. In einem Fall sei bei der Rekonvaleszenz eine Körpergewichtszunahme von $13^1/_2$ kg konstatiert.

Nach Siemerling ist die Amentia „eine Geistesstörung, ausgezeichnet durch plötzliches Einsetzen traumhafter Bewußtseinsstörungen mit Verwirrtheit; zahlreichen, sehr lebhaften, unzusammenhängenden Hallucinationen und Illusionen; Veränderungen in der motorischen Sphäre, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang und stuporöse Hemmung darstellen. Die Wahnideen sind wechselnd, flüchtig und regellos, selten festgehalten und nicht in ein System gebracht".

Hoche spricht sich über die Amentia dahin aus, daß die Wahnideen keine festere Ausbildung erführen, teils wegen des raschen Wechsels der großenteils von den Sinnestäuschungen abhängigen Vorstellungen, teils auch wegen der Denkstörungen. Die motorischen Erregungen der Kranken seien zum Teil aufzufassen als Reaktion auf ihre mannigfachen und zahlreichen Sinnestäuschungen; zum größten Teile aber seien sie wohl als ein selbständiger Ausdruck des krankhaften Gehirnprozesses, also als eine den übrigen Krankheitssymptonen koordinierte Erscheinung anzusehen. Somatische Begleiterscheinungen seien nicht regelmäßig. Häufig finde man flüchtige Pupillendifferenz bei erhaltener Reaktion, ferner Tremor der Hände und der Zunge. Das Körpergewicht nehme im Anfang stark ab, zeige während der Dauer der Krankheit Schwankungen und steige bei der Genesung wieder an. Er macht sogar eine Besserung im psychischen Verhalten in Bezug auf die Prognose abhängig von einem gleichzeitigen Anstieg der Körpergewichtskurve. Differenzialdiagnostisch grenzt er die Amentia ab gegen Collapsdelirium auf Grund ihrer längeren Dauer; gegen Delirium tremens auf Grund dessen charakteristischer Merkmale; gegen Manie, indem diese niemals eine so große Störung in dem Auffassungsvermögen

und in der Denktätigkeit des Patienten macht; gegen circuläres Irresein, indem diese Psychose als beweisend für sich das periodische Auftreten beanspruche, während der einzelne Anfall allerdings sehr dem der Amentia ähnele. Vor allem aber und unbedingt müsse für die Diagnose Amentia der anamnestisch nachweisbare Faktor der vorausgegangenen Erschöpfung vorhanden sein.

Die Amentia stellt in ihrem Wesen eine schwere Schädigung des gesamten Nervensystems dar, die hervorgerufen wird durch äußere die Widerstandsfähigkeit und die Kraft des Körpers stark herabsetzende Momente. Ob indeß diese Schädigung des Nervensystems beruht auf einer Ernährungsstörung (Hoche) oder auf toxischer Grundlage, wie Stransky will, der die Amentia überhaupt auffaßt als schwere Allgemeinerkrankung auf toxischer Grundlage, von der die Psychose nur eine Teilerscheinung bildet, ist noch ungewiß.

Als solche den Körper erschöpfende Momente nennt Siemerling körperliche und geistige Ueberanstrengung, ungenügende Ernährung, starke Blutverluste (akute Anämie), mangelhaften Schlaf, gehäufte Wochenbetten (nach Strohmayer 30 %), übermäßig lange fortgesetztes Stillen, Klimakterium, ferner noch Infektionskrankheiten und Intoxikationen, wie nach Infektionen im Wochenbett, bei Mastitis, nach akuten Infektionskrankheiten, gelegentlich bei allgemein geschwächter Körperkonstitution, bei chronischen Alkohol-, Blei- und Kokainintoxikationen. Als äußere auslaufende Momente werden dann öfters noch weitere exogene psychisch schädigende Einflüsse gefunden wie fortgesetzte Sorgen, Gemütsbewegungen, Aufregungen und gelegentlich Traumen. Heredität spielt nach Siemerling keine Rolle, nach Strohmayer soll 43 % erbliche Belastung vorliegen. Besonders wird das Auftreten der Amentia beim Zusammentreffen einer größeren Anzahl solcher erschöpfender und schädigender Verhältnisse beobachtet, wodurch sich zum Beispiel die wesentlich größere Häufigkeit dieser Erkrankungsform im russisch-japan. und im südafrikan. Feldzuge gegenüber den Erfahrungen des Anstaltslebens erklärt.

Diese angeführten ätiologischen Faktoren lassen zweifellos durchscheinen, daß die Krankheit beim weiblichen

Geschlecht überwiegend vorkommt. Der Prozentsatz stellt sich bei Frauen auf 11,5 %, bei Männern auf 5,2 %.

Die Behandlung an Amentia Erkrankter kann — abgesehen von den leichtesten Fällen mit den Symptomen einfachster Ratlosigkeit und Zerfahrenheit — nur in einer Anstalt erfolgen. Zu fürchten sind Inanition und Impulsivakte, weshalb ganz besonders auf Abhalten von Schädlichkeiten, Erhaltung der geschwächten Körperkräfte sowie auf möglichste Beruhigung der Kranken gesehen werden muß. Erwähnt sei noch, daß interkurrente Krankheiten häufig den geschwächten Körper befallen wie Herzinsuffizienz, Phlegmonen und vor allem Tuberculose.

Die Prognose ist nach Siemerling in einem Drittel der Fälle günstig; ein großer Teil endet tödlich, ein anderer geht in einen chronischen Erregungszustand über mit zunehmender Verblödung. Strohmayer konnte von 110 Kranken 66 als geheilt entlassen.

Die Krankheitsdauer ist verschieden, von wenigen Tagen bis Wochen und mehreren Monaten (6—9), vereinzelte Fälle gar von einem Jahre und länger. Heilung ist selbst nach Jahren möglich. Angeborene geistige Schwäche oder erbliche Belastung zeigen keinen Einfluß auf den mehr oder minder schweren Verlauf. Schwer Belastete kommen ebensogut zur Heilung als solche ohne.

Nach dieser allgemeinen Uebersicht über diese Erkrankungsform möge es mir nun vergönnt sein, einen durchaus typischen Fall von Amentia mitzuteilen, der in hiesiger Universitäts-Nervenklinik zur Beobachtung kam, ein Fall, der vielleicht um so interessanter deshalb ist, weil er gleich im Anfang mit der doch immerhin etwas seltenen Form von schwerem Stupor einherging.

Auszug aus der Krankengeschichte der Weichenstellersfrau M. A., geb. 17. II. 1871,
in die Klinik aufgenommen am 29. VII. 1911,
als geheilt entlassen am 30. VIII. 1911.

Die Anamnese, abgegeben vom Ehemann und Bruder, ergibt folgendes:

In der Familie der Pat. sowie bei ihr selbst ist niemals irgendwie geistige Störung vorgekommen. Auch war Pat. körperlich immer gesund, nur fiel sie als Kind einmal vom Wagen (Armbruch) und lag 3 Wochen vor Ausbruch der Psychose wegen Herzkrämpfe in der med. Klinik, aus der sie geheilt entlassen wurde. Zwei Wochen vor der Krankheit soll sie auch einmal gefallen sein, ob sie bewußtlos gewesen ist, weiß der Ehemann nicht zu sagen.

Etwa vom 4. Juli ab sei Pat. furchtbar aufgeregt geworden. Sie sei von mehreren Bekannten im Dorfe bezichtigt worden, beleidigende Briefe geschrieben zu haben, sei deswegen zur Polizei geladen und habe dort ihre Handschrift abgeben müssen. Das habe sie furchtbar geärgert und aufgeregt, sodaß sie einmal einen Ohnmachtsanfall bekommen habe. Mit Einwilligung des Ehemanns sei sie dann die Tage darauf fortgefahren, angeblich, um sich beim Vater und Bruder zu erholen, sie sei aber nach Vlissingen in Holl. gereist, wohin dann der Ehemann telegraphisch berufen wurde. Bei seiner Ankunft sei sie ganz geistesabwesend gewesen, glaubte sich überall von der Polizei verfolgt. Der Ehemann habe sie dann zu ihrem Bruder gebracht. Unterwegs habe sie sich wieder etwas beruhigt. Nach Hause habe sie nicht zurück wollen. Bei ihrem Bruder habe sie dann 10 Tage lang nichts geniessen können, habe alles wieder ausbrechen müssen. Die nachfolgende Zeit sei sie dann wieder etwas ruhiger gewesen, bis acht Tage vor Ankunft in der Klinik. Da sei sie plötzlich wieder unruhig geworden, habe über Kopfschmerzen geklagt und über Schmerzen im Rücken und sei öfters aus dem Bett gekommen. In den letzten Tagen habe sie dann ununterbrochen geschlafen, ohne die Augen zu öffnen, habe auf Anrufe garnicht reagiert. Sie habe gefüttert werden müssen. Dieser Schlafzustand sei mit dem letzten Unwohlsein eingetreten. Menses seien immer regelmäßig, aber sehr stark gewesen. Sie habe einmal normal geboren und 2—3mal Umschlag gehabt. Schlaf und Appetit seien vor der Erkrankung schon immer schlecht gewesen.

Nachträglich gibt dann der Ehemann noch an, daß ein Arzt ihr Veronal verordnet habe, jedoch nur ein Röhrchen,

ob sie sich später, speziell auf der Reise nach Vlissingen noch mehr verschafft habe, wisse er nicht. Der Bruder meint dann noch, Pat. habe wohl zu Hause und auch später noch zu viel Schlafpulver genommen.

Am 24. VII. wird Pat. morgens vom Sanitätswagen in Begleitung ihres Mannes in die hiesige Univ.-Nerv.-Klinik gebracht. Sie liegt regungslos auf der Bahre, wird zum Wachsaal gebracht und ins Bett gelegt, läßt sich widerstandslos entkleiden, spricht nicht, liegt regungslos zu Bett, den Mund offen.

Pat. ist von mittelgroßem kräftigem Knochenbau, die Muskulatur ist schlapp, die Ernährung etwas reduziert.

Die Haut wie sichtbaren Schleimhäute sind blaß, anämisch, die Lippen trocken, borkig. Die Haut fühlt sich trocken an; an den Oberarmen rote, in der Haut gelegene Knötchen.

Beim Beklopfen des Schädels sowie Druck auf die Nervenstämme Schmerzäußerung durch Verziehen des Gesichtes.

Die Augen sind geschlossen; Lider leicht zu heben; Pupillen eng, keine Reaktion, auf Licht

Corn. R. { links minimal;
rechts erloschen;

Conj. R. beiderseits Ø.

Erst, als Pat. auf längeres Stechen mit Nadeln die Augen halb öffnet, läßt sich einigermaßen genauer Augenbefund (Stargard) aufnehmen.

Die Augen erscheinen rot, Augenbewegungen anscheinend frei, Pupillen beiderseits 5 mm.

R. L. prompt. Corn. R. beiderseits schwach. Papillen absolut normal.

Die Ohrenuntersuchung (Dr. Walter) ergibt beiderseits völlige Intaktheit der Ohren.

Nervus facialis anscheinend symetrisch.

Keine Struma; Nackensteifigkeit und Schmerzäußerung bei Bewegung.

Atmung oberflächlich und schnarchend, manchmal sakkadiert.

R. u. hinten leichte Dämpfung, Atemgeräusche nicht zu hören, Puls 78, rythmisch und äqual, schwach gefüllt und

gespannt. Herztöne rein, laut, II. Aort. Ton etwas akzentuiert.

Abdomen leicht vorgetrieben, eindrückbar.

Lumbalpunktion: Druck 70. Liquor enthält etwas Blut, das beim Sedimentieren sich absetzt. Keine deutliche Trübung mit Ammoniumsulfat, mit Mg SO_4 leichte Trübung schon in der Kälte, nach Kochen schon stärkere Trübung; auch nach Filtration Opalescenz. Nissl im klaren Zentrifugat 4. Im Trockenpräparat zahlreiche Erythrocyten, außerdem Lympho- und Leukocyten, aber anscheinend nicht mehr als dem Blutgehalt entspricht.

Pat. näßt ein; Menses.

Bei passiven Bewegungen der Arme heftiger Widerstand; passiv erhoben fallen sie schlaff herunter und bleiben in ihrer Stellung. Die Beine fallen bei passivem Erheben ebenfalls schlaff herunter, zeigen aber keine Spasmen.

Reflexe der oberen Extremitäten ††. Kniezeichen schwach ††. Achillessehnenreflex nicht auszulösen, kein Fußsohlenreflex; Bauchdeckenreflexe nicht zu erhalten.

Auf Schütteln und Klopfen reagiert Pat. gar nicht; Fliegen wehrt sie nicht ab. Auf Nadelstiche am Körper reagiert sie auch nicht, auf solche im Gesicht und am Septum narrium verzieht sie erst das Gesicht, öffnet dann halb die Augen, blickt gerade aus, teilnahmslos und leer vor sich hin, reagiert auf keine Anrufe, spricht nicht, macht zeitweise schluckende Bewegungen.

Am Nachmittage liegt sie noch mit halbgeschlossenen Augen regungslos zu Bett. Es besteht starke Nackensteifigkeit; leichter, beiderseits gleicher Widerstand der Arme gegen passive Bewegungen, nicht der Beine. Extremitäten können scheints auch aktiv etwas bewegt werden, Pat. macht bei geschlossenen Augen etwas zitternde Bewegungen mit der Hand. Bei Druck auf die Nervenstämme ebenso bei Kernigschem Versuch und bei leichtem Schlag auf die Backe zuckt Pat. leicht zusammen. Die Atmung ist etwas unregelmäßig.

Auf lautes Anrufen öffnet Pat. für einen Moment die Augen, sieht nach der Stelle von wo gesprochen wird und lallt unverständliche Worte, ergreift die Hand des Arztes und murmelt: „Geben Sie mir Geld — — ich hab — — da

noch was". Auf Aufforderung richtet sie sich mühsam auf, legt sich ebenso zurück. Bei Bezeichnung von Gegenständen lallt sie nur: „Frau — — Maria — — Krausmann (?)!" Auf sehr lautes Fragen nach ihrem Namen nennt sie ihn richtig.

25. VII. In der Nacht war Pat. zeitweise unruhig, stöhnte. Gestern abend und heute morgen nahm sie etwas Milch mit Ei aus einer Schnabeltasse zu sich, spricht selten ein Wort, das unverständlich. Augen geschlossen. R. L. ††. Kniezeichen ††.

Steifigkeit im Nacken hält an, stärker bei Aufheben des Kopfes von der Unterlage, schwächer bei Drehbewegungen. Schmerzäußerung bei Beklopfen der rechten Proc. mastoid, ebenso bei Druck auf die Nervenstämme oder bei Heben des gestreckten Beines. Abdomen gespannt, Einlauf wird nicht gehalten.

Pat. schluckt eingeflößte Flüssigkeit, lallt unverständliche Worte vor sich hin, schlägt auf Anruf die Augen auf und fixiert einen Moment. Die einzige verständliche Antwort auf Fragen ist: „Ich weiß doch nicht — — ich weiß doch nicht!" Im Uebrigen unverständliches Murmeln.

Am Nachmittag starke Empfindlichkeit der Nervenstämme, keine Lähmungssymptome. Spricht während der NaCl-Infus. abgerissene Worte vor sich hin, teilweise unverständlich. „Wo wohnen Sie?" „An der Bahn — — ist garnicht wahr — — die rechte Welt — — war doch so schwer — — mein Mann — — ist garnicht schön —." Pat. hat wenig getrunken.

26. VII. Die Nacht war sie zeitweise unruhig, hat gestöhnt, läßt Urin unter sich, kein Stuhlgang, hält Einlauf nicht.

Morgens schlechter Puls (Kampfer-subcutan).

10 $\frac{h}{=}$ Puls 102 mittelkräftig, regelmäßig.

Pupillen etwas über mittelweit und r = l.

R. L. †† starker Hippus.

Kniezeichen ††.

Kein Babynski.

Auf Anruf keine Reaktion, Augen geschlossen; Nackensteifigkeit hält an, auch bei passivem Drehen des Kopfes deutlich bemerkbar, dabei Schmerzäußerung. Nervenstämme druckempfindlich.

Atmung heute morgen sehr oberflächlich (Cheine-Stocksscher Typus), jetzt regelmäßig und gleichmäßig. Geringe Dämpfung r. h. u. hat nicht zugenommen. Atemgeräusche nicht zu hören.

Temparaturanstieg.

Auf Einlauf Stuhlgang, geformt.

Nachmittags einige Schlucke Milch mit Ei getrunken; beim Besuch des Mannes völlig unverändert.

27. VII. Pat. macht einen etwas freieren, weniger benommenen Eindruck, öffnet die Augen, fixiert etwas, starrt im übrigen teilnahmslos vor sich hin. Empfindlichkeit des Nackens und der Nervenstämme noch sehr groß. Fragen nach Namen beantwortet sie richtig, scheint aber sonst Fragen nicht aufzufassen. Aufmerksamkeit noch schwer zu fesseln, lallt manchmal Unverständliches vor sich hin.

Intravenöse Traubenzuckerinfusion wird von Pat. garnicht beachtet.

Atmung schwer, Dämpfung r. h. u. gegen gestern nicht zugenommen, an den Lungenspitzen keine deutliche Veränderungen. Atemgeräusche wegen der Oberflächlichkeit der Atmung nicht zu prüfen.

Am Nachmittag wieder sehr benommen erscheinend, auf lautes Anrufen regsamer werdend, kramt zeitweise mit der Decke, murmelt ziemlich leise, lächelt auch; liegt für sich gelassen, fast reglos da. Spricht auf Befragen geordnet, wiederholt Fragen, antwortet langsam, wie nach längerer Ueberlegung, perseveriert zeitweise.

Aufforderungen werden langsam, sehr wenig ausgiebig, nach Zögern, aber sinngemäß ausgeführt.

Bei Spontansprache wird Fehlen von Wortbegriffen nicht bemerkt. Nadelstiche am Rumpf werden nicht beobachtet, am Septum mit Zurückweichen beantwortet.

Affekte fehlen fast, bisweilen auffallende Euphorie. Empfindlichkeit der Nervenstämme hält an.

28. VII. Bei der Untersuchung des Blutes im hygienischen Institut wurden Strephokokken oder Stophylokokken nicht gefunden.

29. VII. Pat. ist fortgesetzt in schwer besinnlichem, dabei leicht erregbarem Zustande, macht einen delirös ver-

wirrten Eindruck, kramt mit der Decke herum, richtet sich auf, lacht und murmelt vor sich hin; gibt in den meisten Fällen falsche Antworten, spricht langsam mit lallender Stimme. Einfache Aufforderungen werden befolgt, schwierigere nicht beobachtet; scheint zu halluzinieren (Visionen) leicht euphorisch, lächelt oft, beginnt oft, nachdem sie mühsam zum Fixieren gebracht ist, weitschweifig einen Satz, schweift ab und verliert schließlich den Faden, der Satz bleibt unvollendet.

Fragen werden teilweise nicht erfaßt, sie verkennt Personen, ist bezüglich der Außenwelt völlig desorientiert. Wie weit sie über sich und ihren Körper orientiert ist, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen.

Druckempfindlichkeit des Nackens sehr erheblich.

Nahrungsaufnahme befriedigend.

Mittags etwas freier, klarer, fixiert spontan den hinzutretenden Arzt, gibt prompte Antworten, aus denen hervorgeht, daß sie noch völlig desorientiert ist bezügl. der Umgebung, keine wesentliche Störung des Persönlichkeitsbewußtseins zeigt, auch über ihren Körper ziemlich orientiert zu sein scheint, sie nennt ihren Namen, Alter, Geburtstag, Namen und Beruf des Mannes, sagt, sie fühle sich schwach, ruht sich momentan aus im Bett in Nortorf bei Frau Huß (?), meint den Arzt schon früher gesehen zu haben, ohne ihn anscheinend zu kennen. Visionen werden nicht zugegeben, scheinen aber trotzdem zu bestehen.

30. VII. Besuch des Mannes und des Sohnes: Erkennt dieselben anscheinend, spricht aber wenig, nichts geordnetes, äußert dann Schmerzen im Leib, klagt über Lufthunger, wird unruhig, wälzt sich hin und her.

Nach einiger Zeit erfolgt Stuhlgang; dann Besserung.

31. VII. Gestern Abend ist Pat. plötzlich aus dem Schlafe aufgefahren, ängstlich gewesen, wollte aus dem Bett, sprach von Toten und Sterben, weist Veronal zurück, weint ängstlich, glaubt man wolle ihr etwas antun, beruhigt sich dann aber allmählich wieder, schläft wenig.

Nahrungsaufnahme — in ausschließlich flüssiger Form — ist ausreichend.

Pat. macht heute einen klaren, weniger deliriös verwirrten Eindruck, erkennt den Arzt, das Haus kennt sie nicht,

weiß auch nicht, wie lange sie hier ist, erinnert sich, daß ihr Mann gestern da war, daß auch ihr Sohn dabei war, weiß sie nicht, ist auch nicht darauf zu bringen, gibt um 12^{h} mittag an es sei 7^{h} abends, ist aber im Ganzen etwas besinnlicher. Auf wiederholte Fragen, wie lange sie hier sei, sagte sie, sie könne nicht gut denken, es werde ihr alles so bunt im Kopfe, sie sei krank, habe Kopfschmerzen.

Augen klarer, Lippen weniger trocken und rissig. Schmerzhafte Nackensteifigkeit hält an, ebenso intensive Druckschmerzhaftigkeit sämtlicher Extremitäten; schon das Aufheben einer Hautfalte wird schmerzhaft empfunden; Haut außerordentlich trocken und rissig.

Am Nachmittage macht Pat. denselben Eindruck wie morgens. Trotz der Hinfälligkeit ist die Stimmung leicht humoristisch, ausgesprochene Neigung zu Witzeleien, teils spontan, teils auf Befragen; erzählt geordnet Episoden aus ihrem Leben, verliert aber dann mitten in der Erzählung den Faden und bleibt stecken, meint bald in Kiel bald in Rendsburg zu sein, spricht dann leise für sich hin. Abends sehe sie ein Tier die Arme und Beine herauf laufen, Schlangen sehe sie und andere Tiere, manchmal auch Totenköpfe und Gerippe.

Sie weiß nicht mehr daß sie gefallen und bewußtlos gewesen sei, auch nicht daß sie nach Vlissingen gereist sei, wohl aber, daß sie sich über die Anschuldigung, anonyme Briefe geschrieben zu haben, sehr geärgert habe; das sei am Vormittag gewesen, nachmittags habe sie zu ihrem Bruder fahren wollen, habe sich aber gedacht, was soll ich da, mehr könne sie sich nicht mehr erinnern.

Pat. wird durch längeres Sprechen anscheinend sehr angestrengt, vermag nicht mehr zu folgen.

1. VIII. Gestern abend sehr unruhig gewesen, klopfte gegen die Bettbretter, versuchte immer aus dem Bett zu kommen, wurde in's Isolierhaus verlegt; schlief dann einige Stunden. Seit 4^{h} wieder wach, zeitweise unruhig, nicht laut;

(Wie gehts? Gut?) — — „Ja“ — —

spricht immer vor sich hin, meist Unverständliches, kümmert sich um alles, knüpft an, verbindet, alles was sie hört mit ihrem Gedankengange, sagt, sie hätte sehr heftige Kopf-

schmerzen, weiß, daß sie gestern abend unruhig gewesen, weiß aber nicht, daß sie verlegt ist und seit wann, ist zeitlich nicht orientiert; Gestalten und Tiere will sie nicht sehen, ob sie auch Stimmen höre, sagt sie: „Ich liege immer wie zuletzt hinterher".

Nachmittags und abends ruhig, macht wieder etwas müden, leichtbenommenen Eindruck. Gegenstände werden nach mehrmaligem Fragen richtig bezeichnet.

2. VIII. Die Nacht sehr unruhig, drängte aus dem Bette, verkennt die Pflegerin, machte im Großen und Ganzen einen sehr verwirrten Eindruck; zeitweise aber nur für Momente klar, neigt dann zu Witzeleien.

Gegen ½2 Uhr war sie aus dem Bett gesprungen, hatte sich vor dem Bette hingelegt, in einem Momente, wo die Pflegerin anderweitig beansprucht wurde, und war nur mit Widerstreben zurückzubringen.

Schlafmittel per os spukt sie aus, nach Injektion schlief sie bis gen Morgen.

Heute morgen ruhiger, sonst unverändert, abwechselnd klar und verwirrt, neigt zu Witzeleien.

Ueber ihre Person anscheinend orientiert, über Zeitverhältnisse nicht.

Ausgesprochene regellose Mischung von deliriöser Verwirrtheit und absolut geordneter äußerer Form und einer genauen Klarheit und Krankheitseinsicht.

Im ganzen ist der Zustand tagsüber unverändert, verkennt Personen, meint bald in Nortorf bald in Hamburg zu sein, glaubt, ihr Mann schlafe nebenan, den müsse sie wecken, beklagt sich über die Behandlung, macht zwischendurch Witze, lacht selbst, ist freundlich. Wenn man mit Pat. spricht ist es überraschend, in welch geordneter und klarer Weise sie sich benimmt. Sie gibt die Hand, begrüßt freundlich den Arzt; aus ihren Aeußerungen geht klar hervor, daß sie weiß, daß sie es mit einem Arzt zu tun hat; sie beklagt sich über Verschiedenes, klagt über Kopfschmerzen, versichert ruhig zu bleiben und tüchtig zu essen. Im nächsten Momente ist das alles wieder vergessen. Sie ist sich nicht über die Tageszeit klar.

Pat. hat genügend getrunken, auch einiges gegessen.

Der Blick ist klar, Pupillen etwas über mittelweit, Reflexe schwach, keine Spannung oder Starre im Nacken mehr, keine Schmerzhaftigkeit daselbst mehr. Kopf auf Beklopfen noch empfindlich.

3. VIII. Hat die letzte Nacht auf 1,0 Veronal gut geschlafen. Heute morgen weit ruhiger, spricht spontan nicht. Hat gut gegessen und getrunken.

Aus gelegentlichen Bemerkungen geht hervor, daß sie nicht orientiert ist, sich auch nicht bemüht, sich über ihre Lage, Ort und Zeit klar zu werden.

4. VIII. Heute früh sehr müde, wieder etwas benommen, spricht mit leiser Stimme, Stimmung unverändert, häufig klare Momente, sieht Skelette und in andere Kranke lauter alte Herren. Stimmen hörte sie nicht.

Trinkt und ißt gut. Phantasiert viel vor sich hin. In ihrem ganzen Wesen liegt etwas müdes, sie hat oft etwas gekränktes beleidigtes an sich.

5. VIII. Pat. schlief die Nacht auf 1,0 Adalin gut, war bis 10^{h} unruhig, verweigerte Nahrungsaufnahme.

Morgens macht sie einen müden, matten Eindruck, spricht spontan wenig, antwortet nur einsilbig. Auf Befragen, ob sie noch alte Herren im Zimmer sähe, antwortet sie lachend: „Sie sind ein spaßiger Mensch!" Alle anderen Fragen bleiben teils unbeantwortet, teils murmelt sie völlig unverständlich vor sich hin.

Heute nachmittag wieder etwas lebhafter, ruft nach ihrem Sohn.

Ißt schlecht, sieht matt aus. Abends Kochsalzinfusion.

6. VIII. Wieder sehr müde und benommen. Sprache müde und verwaschen, fast lallend. Blickt verschleiert, Augen halb geöffnet, reagiert auf keine Frage.

7. VIII. Sitzt heute aufrecht im Bett, macht lebhaften Eindruck, will nach Hause, meint ihr Bruder wäre nebenan, bestreitet, daß ihr Mann dagewesen, trotzdem sie ihn beim Besuche erkannte, glaubt nicht, das sie in Kiel ist, Post und Briefe und alles werde ihr von dieser Person da (auf die Wärterin zeigend) verheimlicht. Auf die Frage, ob denn ihr Bruder wirklich hier sei, antwortet sie, sie glaube garnicht, daß er angekommen sei und ob sie denn mit ihrem Manne darüber

gesprochen habe, darauf sagt sie: „So eng bin ich nicht, meine Uhr ist weg, mein Ring ist weg, alles ist weg."

8. VIII. Nachts hat Pat. unruhig geschlafen, heute im ganzen etwas benommen, wenig klare Intervalle, neigt aber sofort zu Witzeleien.

9. VIII. Beklagt sich über die Behandlung, drängt fort, tagsüber schlecht gegessen, nachmittags ist sie aus dem Bett gestiegen, weint laut, als man sie zurückbringt und sagt, das könne sie sich nicht gefallen lassen, verweigert Nahrungsaufnahme.

Auch in der vorigen Nacht sprach sie laut, wollte aus dem Bett. Nach Scopolamininjektion ruhig geschlafen.

11. VIII. Pat. war heute wieder etwas klarer, gegen die Pflegerinnen leicht gereizt, will aus dem Bett. Weiß den Monat, das Jahr, Tag der Geburt anzugeben, weiß, daß sie in einer Irrenanstalt ist, auch daß sie ungefähr 4 Wochen hier sei, erzählt klar und geordnet, daß sie als Hebamme eine gute Praxis gehabt habe und auf die Frage, was mit den Briefen sei, antwortet sie: „Ja, ich weiß es auch nicht, wir sind Jahr und Tag damit belästigt worden." Sie erzählt dann, daß ihre Nichte, — die mit einem Manne verkehre, der nichts habe und, da diese auch nichts habe, habe sie die Heirat hindern wollen, — zu Hause 12 bekommen habe. Auch sie seien immer damit beleidigt worden, sagt dann plötzlich: „Oh, ich kann nicht sagen, wie mir immer das Feuer so aus den Augen spritzt." Steht plötzlich auf, geht zur Tür, öffnet sie und will hinaus. „O ja, mein Mann ist da, den will ich fix mal benachrichtigen." Dann erzählt sie weiter, daß sie der Briefe wegen bei der Polizei habe ihre Handschrift abgeben müssen, das Resultat sei noch nicht zurückgekommen. Die Briefe habe sie nicht geschrieben.

Sie sei schon lange krank, habe immer so einen Druck auf dem Kopfe, habe aber bis jetzt immer noch als Hebamme gearbeitet, knüpft dann plötzlich an ein Gespräch in der Umgebung an und sagt dann wieder: „O ja, ich bin so müde." Sie erzählt dann weiter, daß sie als Hebamme eine gute Kundschaft gehabt habe, daß sie schon im Winter 1909 einen Nervenschock gehabt, immer an Kopfschmerzen gelitten habe und unlustig geworden sei. Daß sie gefallen sei, wisse

sie nicht mehr, wohl aber, daß sie eine „kapute“ Nase gehabt habe.

Seit sie krank sei, mache sie sich soviele Gedanken, sei traurig und wisse doch wohl, daß kein Grund dazu vorhanden sei.

Stimmen höre sie jetzt nicht.

Ihr sei immer so ängstlich zu Mute gewesen und da habe sie gemeint, es wäre etwas da und dann sei sie nachts aufgestanden, um nachzusehen; sie glaube nicht mehr, daß alte Männer im Saal, im Bett wären, ruft dann auf einmal „herein“, sieht nach der Tür und sagt: „Oh, ich dachte es klopfte, soll ich mal nachsehen?“ Pat. verkennt die Personen und ihre Umgebung.

12. VIII. Pat. ißt seit einigen Tagen sehr schlecht, muß gefüttert werden, nimmt aber auch von der Fütterung wenig.

Psychisch unverändert, ziemlich unruhig, ist sehr matt, fühlt sich sichtlich auch elend, drängt etwas nach Hause.

15. VIII. Klagt noch immer über Kopfschmerzen im Hinterkopf und Nackengegend. Schädel nicht besonders druck- und klopfempfindlich.

Keine Temperatursteigerung und Pulsveränderung.

Psychisch ziemlich häufig noch unklar, im ganzen aber lebhafter und freier.

Verhält sich ruhig, hat in der letzten Nacht gut geschlafen.

Ist zeitlich vollkommen orientiert, örtlich nicht, weiß nur sie sei in einem Krankenhaus, meint in Nortorf.

Der Kopf sei heute etwas besser, sie möchte nach Hause, da würde sie rascher gesund.

Pat. ist etwas abweisend, leicht gereizt und für Vorstellungen wenig zugänglich; ihre Bewegungen sind steif, unbeholfen, leicht unsicher. Reinlich mit Stuhl und Menses.

16. VIII. Gestern abend etwas geschlafen, dann erwacht, fing sie an, mit der Hand gegen die Bettbretter zu schlagen und sehr unruhig zu werden, verkannte die Pflegerin, drängt aus dem Bett. Auf Injektion von 0,015 Mo + 0,0006 Scopol. ruhig geschlafen.

Heute morgen ruhig, ißt gut, hat Erinnerung an gestern abend, weiß aber anscheinend nichts mehr von der Injektion. Psychisch unverändert.

18. VIII. Heute fast ganz klar und geordnet, fragt ob sie nicht morgen aufstehen könne, heute habe sie keine Kopfschmerzen mehr. Zeitlich und örtlich ist sie orientiert, lacht und freut sich darüber, daß man so oft frage, wo sie hier sei. Die Stimmung ist heiter, freundlich, zugänglich, liegt ruhig zu Bett, nimmt an den Vorgängen der Umgebung ziemlich regen Anteil.

Nahrungsaufnahme heute auch besser.

19. VIII. Hat nachts gut geschlafen, hat keine Kopfschmerzen mehr, macht einen klaren, freien Eindruck. Stimmung heiter, fast humorvoll, keine Klagen, fühlt sich subj. ziemlich wohl.

21. VIII. In den letzten Tagen wesentliche Besserung. Pat. schläft gut, macht einen völlig freien, klaren und geordneten Eindruck, gibt auf Fragen prompte Antworten und auch richtige, ist guter Stimmung. Örtlich und auch im großen und ganzen zeitlich orientiert, sagt sie fühle sich selbst auch wohler, Kopf und Nacken tun ihr nicht mehr weh.

Steht täglich $^1/_2$—1 Stunde auf, sitzt im Lehnstuhl, ist freundlich und heiter.

24. VIII. Fortschreitende Besserung. Pat. ist örtlich und zeitlich völlig orientiert, auch völlig klar und geordnet, sehr freundlich, zeigt volle Krankheitseinsicht, macht nur den Eindruck großer Ermüdung und Erschöpfung, klagt zeitweise vorübergehend über Kopfschmerzen. Stimmung gut.

Steht vor- und nachmittags 1 Stunde auf, geht heute zum ersten Male ins Freie.

Augenuntersuchung: (Stargard)

Leichte fibrilläre Zuckungen bei Lidschluß, im übrigen Lidbewegungen normal.

A. B. frei.

Pupillendiff. r. 6 mm, l. 8 mm.

R. L. r. bis 2 mm, l. bis 3 mm prompt.

R. C. ebenso prompt.

Papillen und übriger Augenhintergrund normal.

26. VIII. Pat. fühlt sich objektiv wohl, möchte bald nach Hause, ist dauernd vollkommen frei und klar, Stimmung gut, heiter und freundlich, steht vor- und nachmittags auf, geht in den Garten, ißt gut, schläft auch im allgemeinen gut.

Verlegt nach Villa I.

29. VIII. Pat. ist vollkommen klar und geordnet, fühlt sich subjektiv sehr wohl, nur noch etwas matt, steht täglich etwas auf und geht in den Garten.

Appetit und Nahrungsaufnahme zufriedenstellend, Schlaf gut, Stimmung sehr gut, heiteres und freundliches Wesen.

Auf Befragen von der Sache mit den Briefen erzählt sie: sie wisse nichts davon, nur daß sie die Briefe nicht geschrieben habe; eine Nichte, die bei ihnen im Hause gewesen sei, sei jahrelang damit belästigt worden. Ueber die Verleumdung betreffs der Briefe habe sie sich sehr geärgert und aufgeregt. Sie sei vom Bürgermeisteramt vorgeladen worden und habe eine Schriftprobe abgeben müssen. Schon damals sei sie krank gewesen. Nach Hause zurückgekommen, sei sie dann so aufgeregt gewesen, daß sie ohnmächtig geworden sei.

Gegen Mittag desselben Tages seien dann die Kopfschmerzen, die sie schon immer gehabt habe, sehr heftig geworden. Es sei ihr dann so gewesen, als ob sie im Hause nicht mehr sein könne, habe zu ihrem Mann gesagt, sie wolle zu ihrem Vater fahren, weil sie sich so elend fühle. Sie sei dann abgefahren nach Albersdorf, habe aber von Neumünster an keine rechte Erinnerung mehr. Von da an glaube sie so ins Blaue hineingefahren zu sein. Ob sie die Nacht durchgefahren sei, wisse sie nicht, wisse überhaupt kaum noch etwas. Sie habe aber während der ganzen Reise furchtbares Erbrechen gehabt, einen lähmenden Druck auf dem Kopfe auch und es sei ihr ganz rot geworden vor den Augen.

Schließlich sei sie nach Vlissingen gekommen; ein älterer Herr und ein Bahnbeamter habe sie immer verfolgt, sie sei daher sehr ängstlich gewesen, sie habe immer weiter gehen müssen, sei nur so weitergedrängt worden und habe schließlich ein Schiff besteigen wollen, wäre auch sicher nach England oder sonst wohin gefahren, wenn nicht die beiden Männer sie daran gehindert hätten, sie in ein Hôtel gebracht hätten und ihr geraten hätten, einen Arzt zu holen.

Es sei dann ein Arzt mit einer Wärterin gekommen, wer sie geholt hätte, wisse sie nicht. Sie sei wie im Traum

gewesen, habe immer nur das Gefühl gehabt weiterzugehen. Der Arzt habe ihr dann Medizin verordnet.

Wie lange sie in Vlissingen geblieben sei, wisse sie nicht. Ihr Mann habe sie schließlich abgeholt nach Albersdorf; von der Heimreise wisse sie nichts mehr, nur, daß sie starkes Erbrechen gehabt habe. Bis zu ihrer Aufnahme in der Klinik sei sie in Albersdorf gewesen bei ihrem Bruder. Jetzt sei ihr alles wie ein langer Traum, ihre ganze Krankheit und auch die Zeit vorher. Wenn man sie daran erinnere, falle ihr alles wieder ein, auch was sie während der Krankheit erlebt habe, z. B. daß sie lange in anderen Kranken alte Männer, ihren Vater, Brüder und sonstige Personen aus ihrer Verwandt- und Bekanntschaft gesehen habe.

In der Zeit ihrer Benommenheit habe sie fast dauernd geträumt. Alle diese Träume seien ihr aber unheimlich gewesen. Zuerst habe sie auch garnicht gewußt, wo sie war, könne sich auch des Besuches ihres Mannes und Sohnes jetzt noch nicht recht erinnern.

Allmählich zum Bewußtsein gelangt, habe sie sich jede Frage erst genau überlegen müssen.

Jetzt habe sie nur noch Kopfschmerzen im linken Hinterkopfe. Diese habe sie aber früher immer schon gehabt, so oft sie sich aufrege, viel spreche oder denke oder nach Anstrengungen.

In ihrer Erinnerung seien aber noch Lücken, sie sei so kurz von Gedanken geworden und es fehle ihr nicht nur an Erinnerungen aus der Krankheit sondern auch an Ereignissen vorher noch manches.

30. VIII. Zunehmende Besserung des subjektiven und objektiven Befindens. Patientin fühlt sich aber noch sehr matt.

Stimmung heiter, ruhig, gleichmäßig und freundlich.

Auf Wunsch zum Bruder geheilt entlassen.

Epikrise:

Im vorliegenden Falle haben wir es mit einer 40jährigen Frau zu tun, die an einer akut einsetzenden Psychose erkrankte, nach vierwöchentlichem Aufenthalt in der hiesigen Nervenklinik aber als geheilt entlassen werden konnte.

Die Anamnese ergibt keine hereditäre Belastung. Das Krankheitsbild in seinen ersten Symptomen erweckte den

Verdacht auf Meningitis. Starke Nackensteifigkeit mit Opisthotonus, Druckempfindlichkeit der Haut und der Gliedermuskulatur, Pupillendifferenz und Zusammenzucken bei Kerning'schem Versuch wiesen darauf hin. Doch mußte diese Annahme bez. der Entstehung der Krankheit fallen gelassen werden, da die bakteriologische Untersuchung des Lumbalpunktates ergebnislos war und ebenso der Druck und der sonstige Befund in der Spinalflüssigkeit ein durchaus normaler waren. Aetiologisch käme dann noch in Betracht, an die Schlafpulver (Veronal) zu denken, die Patientin eingenommen haben soll. Das heftige Erbrechen sowie der intensive Kopfschmerz sprechen dafür. Wesentlich unterstützt wurde der Ausbruch der Psychose sicherlich noch durch die vorausgegangene Schlaf- und Appetitlosigkeit wie durch die Aufregungen und den Aerger über die Verleumdung betreffs der Briefe.

Nach kurzem Prodromalstadium, in dem die Patientin nur über Kopfschmerzen, allgemeine Mutlosigkeit und Niedergeschlagenheit, die sie sich selbst nicht erklären kann, über große Unruhe und Ratlosigkeit klagt, setzt die Erkrankung akut mit schwerem Stupor ein. Regungslos, ohne Reaktion auf äußere Reize liegt sie da, alle körperlichen Funktionen sind ausgesetzt. Mund und Augen sind halb geöffnet, Nahrung nimmt sie nicht an, in den Mund eingeflößte Flüssigkeit läßt sie wieder herauslaufen, Einlauf hält sie nicht, läßt den Urin unter sich, Fliegen wehrt sie nicht ab, Nadelstiche am Korpus und Septum narium bemerkt sie nicht, auch Injektionen und Infusionen beachtet sie nicht. Die Haut ist blaß, der Puls klein und langsam, die Pupillen zeigen nur träge Reaktion.

In diesem schweren stuporösen Zustande liegt sie tagelang da. Warum sie so regungslos dalag, gibt Patientin nicht an, es bleibt also unaufgeklärt, ob die Regungslosigkeit eine primäre, d. i. ob sie eine Folge der akut einsetzenden Psychose war, oder ob sie eine sekundäre war, d. i. bedingt war durch den Inhalt der Vorstellungen und Empfindungen.

Etwa in der zweiten Hälfte der zweiten Woche der Erkrankung beginnt die psychomotorische Hemmung ein wenig nachzulassen. Ganz allmählich wacht sie auf aus dem

tiefen geistigen Schlafe. Aber auch jetzt reagiert sie noch kaum auf äußere Reize. Auf ganz lautes Anrufen lallt sie nur Unverständliches oder murmelt: „Ja — — ja — — geben Sie mir Geld" und ähnliches. Ihre Aufmerksamkeit ist schwer zu fesseln. Ihre Merkfähigkeit ist stark gestört, ihre Assoziationen sind inkohärent, Fragen faßt sie nicht richtig auf, es fehlt ihr an zusammenfassenden Zielvorstellungen; Sätze fängt sie weitschweifig an, schweift ab und verliert den Faden, ohne zum Ziele zu kommen. Sie ist unbesinnlich für frühere Ereignisse, unorientiert über Zeit und Ort, meint um 12 Uhr mittags es sei 7 Uhr abends; meint bald in Rendsburg, bald in Nortorf oder in Hamburg zu sein, ist auch nicht darauf zu bringen, daß sie in Kiel in der Klinik ist.

Selbst Bilder von Hallucinationen und Illusionen zeigen sich, sie sieht tote Männer, Totenköpfe und Gerippe, verkennt den Arzt, die Pflegerinnen usw., meint in ihnen bekannte Personen aus ihrer Verwandt- und Bekanntschaft zu sehen, hört Stimmen, sieht Tiere im Bett und spricht in tollster Verwirrung. Auch Affektstörungen zeigen sich; sie weint oft ängstlich, meint man wolle ihr etwas tun, lacht und witzelt dann wieder.

Wie ihre Gedankenwelt, so ist auch deren Ausfluß, das Handeln, unklar, unruhig, wechselnd; es zeigen sich in buntem Wechsel motorische Erregung und Hemmung. Bald drängt sie aus dem Bett, schreit und weint, klopft gegen die Bettbretter, will in's andere Zimmer, zu ihrem Mann, der im andern Zimmer sei usw., bald liegt sie wieder teilnahmslos und ruhig da.

Etwa um den 10. VIII. bricht sich dann mit immer mehr nachlassender psychomotorischer Hemmung allmählich die Aufhellung Bahn (Stadium III Raeke). Patientin zeigt gewisse Krankheitseinsicht, ist aber noch sehr unruhig und verwirrt. Das Denken falle ihr so schwer.

Etwa am 18. VIII. gewinnt Patientin dann eine gewisse Klarheit und Ordnung in ihren Gedanken wieder, zeigt zeitliche, weniger örtliche Orientierung. Ihre Stimmung wird heiterer, freundlicher, drängt nach Haus, zeigt sich leicht reizbar (IV. Stadium Raeke).

Um den 24. VIII. tritt dann wieder völlige Ruhe der Seele ein, Klarheit und Ordnung in den Gedanken, örtliche und zeitliche Orientierung und volle Krankheitseinsicht; sie glaube nicht mehr an tote Männer, hält andere Kranke der Frauenabteilung nicht mehr für alte Männer, erkennt den Arzt, die Pflegerin. Ihre Stimmung wird gleichmäßig, heiter und freundlich. Ihr Wesen ruhiger, zugänglicher. (Stadium der Rekonvaleszens). Bei ihrer Entlassung am 30. VIII. klagt Patientin nur noch über allgemeine Mattigkeit und Kopfschmerzen. Das Denken falle ihr schwer; Erinnerung fehle ihr fast ganz. Die ganze Zeit ihrer Krankheit wie auch die Zeit vorher komme ihr vor wie ein langer Traum.

Vorgeschichte, Entstehung und Verlauf des vorliegenden Falles bieten zwang- und lückenlos das Bild der Amentia mit initialem Stupor.

Differenzial-diagnostische Bedenken sind eigentlich garnicht anzuheben.

Gegen Manie spricht der verschiedengefärbte Affekt im Verlaufe der Krankheit und besonders die längere Bewußtseinsstörung.

Gegen Melancholia attonita der Stupor gleich im Anfang ohne vorhergegangene depressive Gemütsverstimmung, deren Folge ja bei Melancholie der Stupor ist, — dann die Verwirrtheit und der lebhafte Wechsel der Sinnestäuschung und Affekte.

Gegen Paranoia die Systemlosigkeit der Wahnvorstellung und die traumhafte Verwirrtheit.

Gegen Dementia paralytica das Fehlen der somatischen Erscheinungen.

Gegen das sonst ähnliche Collopsdelirium die negative Anamnese.

Gegen katatonische Verwirrtheit die schwere Bewußtseinstrübung und die Desorientiertheit.

Also besteht die Diagnose: Amentia mit initialem Stupor als Ausschlussdiagnose zu recht.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Ueberlassung des Falles sowie für die Unterstützung bei der Ausarbeitung geziemend zu danken.

Literatur.

1. Binswanger-Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
2. Binswanger: Ueber die Pathogenese und klin. Stellung der Erschöpfungspsychosen.
3. Stransky: Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen Monatsschrift für Psych.
4. Hoche: Akutes halluc. Irresein, Amentia; Deutsche Klin.
5. Jahrmärker: Zur Frage der Amentia, Zentralblatt für Nervenheilkunde.
6. Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie.
7. Beyer: Ueber eine Form der akuten Verworrenheit im klim. Alter (Archiv für Psych. und Nervenkrankh.).
8. Strohmeyer: Zur Kasuistik, Diagnose und Prognose der Amentia (Monatsschrift für Psych.).
9. Raeke: Ueber Erschöpfungspsychosen, Zeitschrift für Psychiatrie.
10. Raeke: Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen, Monatsschrift für Psychologie und Neurologie.

Lebenslauf.

Geboren bin ich, Aug. Clem. Poggemann, katholischer Konfession am 31. August 1884 zu Emsdetten (Westfalen), besuchte dort die Elementarschule und Rektoratschule, kam 1910 auf das hum. Gymnasium in Rheine (Westf.), das ich 1907 als Abiturient verlies, studierte dann 1907 S. S. in Freiburg (Br.), 1907/08 W. S. und 1908 S. S. in Münster (Westf.), in Kiel 1908/09 W. S. und 1909 S. S. Medizin, wo ich am Schlusse des S. S. 1909 das Physikum bestand, genügte dann meiner Militärpflicht in Würzburg W. S. 1909/10, wo ich noch S. S. 1910 und W. S. 1910/11 verblieb und dann noch S. S. 1911 nach Kiel zurückkam, woselbst ich dann Anfang Juni 1912 das Staatsexamen bestand.